

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Республики Адыгея

г. Майкоп

« 28 » января 2022 года

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – Тарифное соглашение) заключено в соответствии с Федеральным Законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»; постановлением Кабинета Министров Республики Адыгея от 10 января 2022 года № 2 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Адыгея на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», постановлением Кабинета Министров Республики Адыгея от 07 декабря 2011 года № 255 «О Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – Территориальная программа ОМС).

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с законами Российской Федерации и Республики Адыгея, нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Адыгея, Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, настоящим Тарифным соглашением и решениями Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Адыгея (далее – Комиссия).

1.3. Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (осуществляются медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования) расчетах.

1.4. Взаимодействие участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея осуществляется в соответствии с Порядком взаимодействия участников системы

обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея на 2022 год (Приложение № 53 к Тарифному соглашению).

1.5. Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется в пределах объемов медицинской помощи, установленных медицинскими организациями, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, на 2022 год. При необходимости возможно перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в пределах общих объемов, установленных на соответствующий период. Перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется в соответствии с Порядком взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея на 2022 год (Приложение № 53 к Тарифному соглашению).

1.6. Представители сторон, заключивших тарифное соглашение:

от уполномоченного органа исполнительной власти Республики Адыгея	Министр здравоохранения Республики Адыгея
от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея	директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея
от страховых медицинских организаций	директор Адыгейского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
от медицинских профессиональных некоммерческих организаций	Председатель Адыгейской республиканской общественной организации «Ассоциация стоматологов»
от профессиональных союзов медицинских работников	Председатель Адыгейской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В РЕСПУБЛИКЕ АДЫГЕЯ

2.1. В Республике Адыгея применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на

финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

• за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу) при оплате:

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- углубленной диспансеризации;

Расходы на медицинскую помощь, оказываемую фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, определяются с учетом соответствия их требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) включается в подушевой размер финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 года № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10 августа 2017 года № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,

находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11 апреля 2013 № 216н «Об учреждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

На оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, устанавливаются тарифы, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучрежденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющих прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности в размере 5% от общего объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется по итогам полугодия. Оценка достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 15 августа и 15 декабря текущего года.

Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение показателей результативности деятельности, размеры выплат, а также перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) приведены в Приложении № 52 к Тарифному соглашению.

2.1.1.1. Медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

2.1.1.2. По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), оказываемой участковыми врачами, семейными врачами (врачами общей практики) и узкими специалистами

медицинских организаций, оказывающими ПМСП. Подушевые нормативы финансирования медицинских организаций устанавливаются на месяц, исходя из расчета на год. Единицами объема медицинской помощи при оказании ПМСП, финансируемой по подушевому нормативу, установлены:

а) посещения с профилактическими и иными целями, которые включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития;
- посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;
- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;
- разовые посещения в связи с заболеваниями;
- посещения центров здоровья;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;
- посещения в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах.

б) обращения в связи с заболеванием (законченный случай).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходы на проведение медицинской услуги гемодиализа и перитонеального диализа;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на стоматологическую медицинскую помощь;
- расходы на медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация».

Установленный размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Адыгея.

2.1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с

проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 38 Тарифному соглашению.

2.1.2.1. Медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

2.1.2.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в соответствии с Порядком взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея на 2022 год (Приложение № 53 к Тарифному соглашению).

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению № 38 к Тарифному соглашению.

2.1.3.1. Медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

2.1.3.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в соответствии с Порядком взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея на 2022 год (Приложение № 53 к Тарифному соглашению).

2.1.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) - вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.1.4.1. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.1.4.2. Скорую медицинскую помощь вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС оказывают медицинские организации (их структурные подразделения), указанные в Приложении № 4 к Тарифному соглашению.

2.1.5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

По подушевому нормативу оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям осуществляется финансовое обеспечение ПМСП, оказываемой участковыми врачами, семейными врачами (врачами общей практики) и узкими специалистами медицинских организаций, оказывающими ПМСП, а также первичной специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Единицами объема медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, финансируемой по подушевому нормативу установлены:

- а) посещение с иными целями, которые включают:
 - посещения для проведения диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития;
 - посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;
 - посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;
 - разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

б) обращение в связи с заболеванием (законченный случай);

в) медицинская помощь в неотложной форме;

г) законченный случай лечения заболевания в стационарных условиях, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний – КСГ);

д) законченный случай лечения заболевания в условиях дневного стационара, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний – КСГ);

е) прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению № 38 к Тарифному соглашению.

В подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, не включаются:

- расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходы на проведение медицинской услуги гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на стоматологическую медицинскую помощь;

- медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях.

Установленный размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Адыгея.

Перечень медицинских организаций, которым оплата медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, осуществляется по подушевому нормативу

финансирования на прикрепившихся лиц, указан в Приложении № 5 к Тарифному соглашению.

2.1.6. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

2.1.7. Отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «Акушерство и гинекология» и «Стоматология» не выделяются.

2.1.8. Коэффициент дифференциации является единым для всей территории Республики Адыгея и составляет 1.

2.1.9. Оплата медицинской помощи осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и финансовых средств, утвержденных Территориальной программой ОМС на соответствующий год.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея) составляет **4 874,3** рублей.

3.1.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет **1 703,7** рублей на одно прикрепленное застрахованное лицо.

3.1.3. Поправочный коэффициент, рассчитанный в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), установлен в размере 0,8368.

3.1.4. При расчете подушевого норматива учитываются:

- численность застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной медицинской организации;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный в размере 1;
- коэффициент дифференциации субъекта, установленный в размере 1.

3.1.5. Коэффициент специфики с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями), и расходов на их содержание и оплату труда персонала определяется исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек – 1,113;
- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек – 1,04.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся их подразделениями), и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2022 год, устанавливается согласно Приложению № 6 к Тарифному соглашению.

3.1.6. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации субъекта, равным 1, к размерам финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, составляет в среднем на 2022 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 087,7 тыс. рублей;
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 723,1 тыс. рублей;
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 934,9 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», и уровнем средней заработной платы наемных работников в Республике Адыгея.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов составляет:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий менее 100 жителей, - 217,54 тыс. рублей (с учетом понижающего поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей - 0,2);
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2 000 жителей, - 1 934,90 тыс. рублей).

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, в зависимости от укомплектованности медицинским персоналом и численности обслуживаемого населения, составляет:

- для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения менее 100 жителей – 0,3-0,4 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 100 жителей;

- для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения от 100 до 900 жителей:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 0,5 ставки ниже норматива – 0,5-0,65 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,0 ставку ниже норматива – 0,5-0,6 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,5 ставки ниже норматива – 0,4-0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2 ставки ниже норматива – 0,4-0,5 к размеру финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,5 ставки ниже норматива – 0,35-0,45 к размеру финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3 ставки ниже норматива – 0,35-0,45 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения от 900 до 1 500 жителей:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 0,5 ставки ниже норматива – 0,65-0,7 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1 ставку ниже норматива – 0,6-0,65 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,5 ставки ниже норматива – 0,55-0,6 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2 ставки ниже норматива – 0,5-0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,5 ставки ниже норматива – 0,45-0,55 к размеру финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающего от 900 до 1500 жителей

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3 ставки ниже норматива – 0,4-0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей;

- для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения от 1 500 до 2000 жителей:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 0,5 ставки ниже норматива – 0,7 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1 ставку ниже норматива – 0,65 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 1,5 ставки ниже норматива – 0,6 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2 ставки ниже норматива – 0,55 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 2,5 ставки ниже норматива – 0,5 к размеру финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3 ставки ниже норматива – 0,45 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей;

- для фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с численностью населения более 2 000 жителей:

- 0,7-0,8 - к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2 000 жителей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, укомплектованный на 3 ставки ниже норматива – 0,45-0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2 000 жителей.

В случае если у фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта за предыдущие периоды с начала года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения в соответствии с Территориальной программой ОМС, а также

информации о соответствии/несоответствии требованиям, установленным приказом № 543н, представлен в Приложении № 7 к Тарифному соглашению.

3.1.7. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи представлены в Приложении № 8 к Тарифному соглашению.

3.1.8. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной помощи представлены в Приложении № 9 к Тарифному соглашению.

3.1.9. Относительные коэффициенты стоимости одного посещения с профилактической и иными целями с учетом специальности представлены в Приложении № 10 к Тарифному соглашению.

3.1.10. Поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по специальностям представлены в Приложении № 11 к Тарифному соглашению.

3.1.11. Базовые нормативы финансовых затрат при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях на единицу объема медицинской помощи составляют:

- на 1 посещение с профилактической и иными целями – 679,8 рубля;
- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2015,9 рубля;
- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, - 2 492,5 рубля, в том числе на 1 комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации – 1 017,5 рубля;
- на 1 посещение с иными целями - 329,0 рубля;
- на 1 посещение в неотложной форме - 713,7 рубля;
- на 1 обращение по поводу заболевания - 1 599,8 рубля;
- на 1 комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» - 18 438,4 рубля.

3.1.12. Тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи представлены в приложениях:

Приложение № 12 - Тарифы на оказание амбулаторной помощи с профилактической и иными целями (посещение);

Приложение № 13 - Тарифы на оказание амбулаторной помощи: разовое посещение по поводу заболевания и оказание неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Приложение № 14 - Тарифы на оказание амбулаторной помощи, оказываемой в связи с заболеваниями: обращение (законченный случай лечения);

Приложение № 15 - Тарифы на оказание консультативно-диагностической амбулаторной помощи: посещение по поводу заболевания;

Приложение № 16 - Переводные коэффициенты для пересчета количества условных единиц трудоемкости (УЕТ) в посещения с профилактической и иными целями, обращения по поводу заболевания и тарифы на оплату стоматологической помощи;

Приложение № 17 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 18 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с использованием мобильных медицинских бригад;

Приложение № 19 - Тарифы стоимости комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в выходные дни;

Приложение № 20 - Тарифы стоимости приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Приложение № 21 - Стоимость диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку попечительство), в приемную или патронатную семью;

Приложение № 22 - Стоимость проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

Приложение № 23 - Тарифы на проведение исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию.

3.1.13. Базовые нормативы финансовых затрат при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях на проведение одного исследования составляют:

- компьютерной томографии – 2 542,0 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 3 575,0 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы - 492,1 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования - 923,3 рубля;
- молекулярно–генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний - 8 174,2 рубля;
- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 021,3 рубля;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) - 600,5 рубля.

3.1.14. Тарифы за медицинскую услугу при оказании амбулаторной помощи представлены в приложениях:

Приложение № 24 - Тарифы на лабораторные исследования;

Приложение № 25 - Тарифы на диагностические исследования;

Приложение № 26 – Тарифы на услуги диализа;

Приложение № 27 - Тарифы на консультативные услуги врачей-специалистов с использованием телемедицинских технологий;

Приложение № 28 - Тарифы на оказание простых медицинских услуг в амбулаторных условиях;

Приложение № 29 - Тарифы на оказание неотложной медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации.

3.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея), составляет **5 156,8** рублей.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), представлены в Приложении № 30 к Тарифному соглашению.

3.2.3. Размер базовой ставки стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, составляет **24 255,4** рублей.

3.2.4. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке установлен в размере 0,65.

3.2.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ при оказании стационарной помощи представлены в Приложении № 31 к Тарифному соглашению:

- коэффициент уровня медицинской организации;
- коэффициент специфики.

3.2.6. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня медицинской организации, представлен в Приложении № 32 к Тарифному соглашению.

3.2.7. Коэффициенты сложности лечения пациентов (далее - КСЛП) применяются в соответствии с Порядком взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея на 2022 год (Приложение № 53 к Тарифному соглашению).

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП, представлен в Приложении № 33 к Тарифному соглашению.

3.2.8. Перечень сочетанных хирургических вмешательств представлен в Приложении № 34 к Тарифному соглашению.

3.2.9. Перечень хирургических вмешательств на парных органах представлен в Приложении № 35 к Тарифному соглашению.

3.2.10. Перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к КСГ представлен в Приложении № 36 к Тарифному соглашению.

3.2.11. Перечень КСГ, не предусматривающий возможность выбора между критерием диагноза и услуги, представлен в Приложении № 37 к Тарифному соглашению.

3.2.12. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в Приложении № 38 к Тарифному соглашению.

3.2.13. Перечень КСГ, предполагающий хирургическое вмешательство, представлен в Приложении № 39 к Тарифному соглашению.

3.2.14. Перечень схем лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) представлен в Приложении № 40 к Тарифному соглашению.

3.2.15. Тарифы на оплату стационарной помощи по КСГ в рамках Территориальной программы ОМС представлены в Приложении № 41 к Тарифному соглашению.

3.2.16. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях устанавливается согласно Приложению № 42 к Тарифному соглашению.

3.2.18. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в соответствии с Разделом I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования» приложения к Программе

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов и представлены в Приложении № 43 к Тарифному соглашению.

3.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея), составляет **1 381,6** рублей.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), представлены в Приложении № 44 к Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер базовой ставки стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, составляет **13 915,62** рублей.

3.3.4. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке установлен в размере 0,6.

3.3.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ при оказании медицинской помощи в дневном стационаре представлены в Приложении № 45 к Тарифному соглашению:

- коэффициент специфики;
- коэффициент уровня медицинской организации.

3.3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, по КСГ, в рамках Территориальной программы ОМС представлены в Приложении № 46 к Тарифному соглашению.

3.3.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях дневного стационара устанавливается согласно Приложению № 47 к Тарифному соглашению.

3.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (за исключением средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Республике Адыгея), составляет **801,7** рублей.

3.4.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет **801,7** рублей на одно застрахованное лицо.

3.4.3. Базовый норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи – **2 884,7** рублей.

3.4.4. В связи с централизацией службы скорой медицинской помощи на территории Республики Адыгея, половозрастные и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи не применяются.

3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

3.5.1. Размер базового подушевого норматива финансирования на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, составляет **4642,88** рублей.

3.5.2. Поправочный коэффициент, рассчитанный в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, к объему средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), установлен в размере 0,8228.

При расчете подушевого норматива учитываются:

- численность застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной медицинской организации;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный в размере 1;

- коэффициент дифференциации субъекта, установленный в размере 1.

3.5.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи представлены в Приложении № 48 к Тарифному соглашению.

3.6. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу суммы, указанные в счете на оплату медицинской помощи и реестрах счетов совпадать не должны. Контроль соответствия сумм счетов на оплату и реестров счетов не проводится.

3.7. При мотивированном отказе ТФОМС других субъектов Российской Федерации в оплате счетов за медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях Республики Адыгея гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, ТФОМС РА имеет право требовать возврата медицинской организацией денежных средств в случае невозможности удержания

указанных средств с последующих счетов медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь.

3.8. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.9. Перечень расходов медицинских организаций, не включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи и не подлежащих оплате из средств обязательного медицинского страхования, представлен в Приложении № 49 к Тарифному соглашению.

3.10. Классификатор стоматологических медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, и среднее количество условных единиц трудоемкости (УЕТ) в одной медицинской услуге представлен в Приложении № 50 к Тарифному соглашению.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ, НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов устанавливается в Приложении № 51 к Тарифному соглашению.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2022 года и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

5.2. Тарифное соглашение от 19 января 2020 года считать утратившим силу с 1 января 2022 года.

5.3. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по согласию всех договаривающихся сторон путем проведения дополнительных переговоров.

5.4. Изменения и дополнения оформляются в письменном виде и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с даты подписания всеми сторонами.

5.5. Изменение действующих тарифов может производиться не чаще одного раза в месяц.

5.6. Увеличение размера тарифов производится при наличии дополнительных финансовых средств.

5.7. С целью поддержания финансового равновесия в системе ОМС осуществляется индексация тарифов в зависимости от суммы средств, дополнительно направляемых на финансирование Территориальной программы ОМС.

Министр здравоохранения
Республики Адыгея

Р.Б. Меретуков

Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Республики Адыгея

С.Ч. Хут

Директор Адыгейского филиала АО «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед»

М.К. Ожев

Председатель Адыгейской республиканской
общественной организации «Ассоциация
стоматологов»

В.Б. Шовгенов

Председатель Адыгейской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения

Л.А. Усачёва